

Марафон интимного здоровья

На симпозиуме, организованном в рамках VIII Общероссийской конференции «Перинатальная медицина: от прегравидарной подготовки к здоровому материнству и детству» 10 февраля 2022 г., ведущие российские эксперты в области женского здоровья рассмотрели основные вопросы диагностики и лечения инфекционно-воспалительных заболеваний нижних отделов половых путей, а также применение комбинированных препаратов, эффективных в отношении широкого спектра патогенных микроорганизмов.



К.м.н.
И.Г. Шестакова

Как отметила врач акушер-гинеколог, к.м.н., доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины факультета непрерывного медицинского образования медицинского института Российского университета дружбы народов (ФНМО МИ РУДН) Ирина Геннадьевна ШЕСТАКОВА, в современных клинических рекомендациях подчеркивается чрезвычайная важность дифференциальной диагностики у женщин с жалобами на вульвовагинальный дискомфорт, в том числе с вагинальными выделениями. Она напомнила, что у женщин репродуктивного возраста в норме объем физиологических выделений (физиологическая лейкоррея) за сутки составляет 1–4 мл белой или прозрачной жидкости. В состав выделений входят эпителиальные клетки, цервикальная слизь, нормальная вагинальная микрофлора, вагинальный трансудат. На характер и количество выделений влияют день менструального цикла, прием комбинированных оральных контрацептивов (КОК) и лекарственных препаратов, диета, сексуальная активность, стресс. В ряде

Вульвовагинальный дискомфорт: обследование и выбор терапии

случаев выделения имеют желтый цвет, неприятный запах, сопровождаются незначительными симптомами. Однако при нормальных выделениях зуд, раздражение, дизурия, эритема отсутствуют¹.

Следует отметить, что даже у здоровых женщин неправильная интимная гигиена способна вызывать вульвовагинальный дискомфорт. Механические, химические и аллергенные раздражители могут спровоцировать развитие вульвовагинальных симптомов (жжение, зуд). Но нередко такие симптомы ошибочно связывают с инфекцией.

В большинстве случаев вульвовагинальный дискомфорт и вагинальные выделения обусловлены бактериальным вагинозом, кандидозом, смешанным вагинитом, трихомониазом, реже – вагинальной атрофией, атрофическим вагинитом, цервицитом, наличием инородного тела, аллергией на мыло/гель, семенную жидкость, системными заболеваниями (диабет, склеродермия).

Обследование женщин с вагинальными выделениями и вульвовагинальным дискомфортом начинается с исключения наиболее частых причин. Проводят микроскопию мазков, исследования методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), микробиологические посева. Общий мазок позволяет идентифицировать только десять морфотипов. Многие виды этиологически значимых облигатных

и условно-патогенных возбудителей выявить невозможно. Необходимо также проводить ПЦР-тесты на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), в частности *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Trichomonas vaginalis*, *Mycoplasma genitalium*.

Посев из влагалища дает количественную характеристику, идентифицирует микроорганизм до вида и определяет чувствительность выделенного штамма к лекарственным препаратам. Вместе с тем выявить условно-патогенные анаэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы данным методом крайне сложно. Поэтому дополнительным эффективным методом диагностики являются современные исследования ДНК клинически значимых возбудителей.

При выборе терапии необходимо учитывать низкую приверженность лечению амбулаторных пациенток с вульвовагинальным дискомфортом. На сегодняшний день только половина пациенток принимают лекарственные средства согласно назначениям врача. Женщины редко уведомляют врача о прекращении приема препарата либо отклонении от предписанной им схемы. Обычно досрочное прекращение лечения вызвано купированием симптомов.

В клинической практике для лечения вагинальных инфекций, вызванных возбудителями рода *Candida*, *Trichomonas vaginalis*, *Gardnerella vaginalis* (вагинальный

¹ Anderson M.R., Klink K., Cohn A. Evaluation of vaginal complaints. JAMA. 2004; 291 (11): 1368–1379.

Сателлитный симпозиум компании «Ацино»

кандидоз, трихомонадный вульвовагинит, бактериальный вагиноз, аэробный вагинит, а также микстинфекции), доказала эффективность комбинация тиоконазола/тинидазола (Гайномакс).

Согласно клиническим рекомендациям Международной гильдии специалистов по ИППП (The International Union against Sexually Transmitted Infections, IUSTI) и Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2018 г. по лечению вагинальных выделений, схемы лечения вагинального кандидоза включают пероральные препараты: флуконазол (150 мг в виде разовой дозы), итраконазол (200 мг два раза в день в течение дня). К интравагинальным препаратам относят клотримазол, миконазол, эконазол. На фоне применения пероральных или интравагинальных азолов симптомы купируются, культуральные исследования у 80–90% пациенток показывают отрицательный результат. Во время беременности используются только топические препараты. По мнению экспертов, стандартные однократные дозы азолов так же эффективны, как и длительные курсы².

Результаты клинических исследований подтвердили эффективность азолов при вульвовагинальном кандидозе. Показано, что тиоконазол действует фунгицидно и бактерицидно. При этом тиоконазол в отношении штаммов *C. albicans* и *C. parapsilosis*, *C. tropicalis*, *C. krusei* *in vitro* примерно в четыре раза эффективнее миконазола. Кроме того, в концентрациях, в четыре раза превышающих минимальную ингибирующую концентрацию, тиоконазол оказывает

быстрый (в течение одного часа) фунгицидный эффект³.

Смешанный и аэробный вагиниты относятся к группе заболеваний, сопровождающихся воспалительными процессами в слизистой оболочке влагалища, вызванными патогенной микрофлорой. Частыми причинами аэробного вагинита являются стрептококковая и энтерококковая инфекции. Аэробный вагинит нередко сопровождается грибковой инфекцией. Пациенткам с такими заболеваниями обычно назначают комбинированные препараты. Препаратом выбора считается Гайномакс, в состав которого входят тиоконазол и тинидазол. Тиоконазол сочетает в себе противогрибковое действие в отношении дрожжеподобных грибов рода *Candida* и антибактериальное действие, в том числе в отношении грамположительных бактерий *Staphylococcus* spp. и *Streptococcus* spp. Тинидазол, характеризующийся выраженным бактерицидным эффектом, активен против анаэробных микроорганизмов⁴.

К невоспалительным заболеваниям влагалища относят бактериальный вагиноз. При микроскопии выявляются сниженное количество защитных лактобактерий, анаэробная флора, а главное – ключевые клетки. При бактериальном вагинозе применяют метронидазол 400–500 мг перорально два раза в день в течение 5–7 дней или метронидазол в виде интравагинального геля либо клиндамицин в виде интравагинального крема. Альтернативный метод лечения предполагает применение тинидазола 2 г перорально в однократной

дозе или 1 г перорально в течение пяти дней или клиндамицина, деквалиния хлорида.

Микрофлора при бактериальном вагинозе имеет свои особенности: *Atopobium vaginae* и *G. vaginalis* выявляют у 8–25% женщин с нормальной вагинальной флорой и 50–96% – с бактериальным вагинозом. При этом один из видов лактобактерий *L. crispatus* способен легко вытеснять *A. vaginae*⁵.

С учетом многолетнего клинического опыта отечественных и зарубежных исследователей в РФ за основу принят двухэтапный способ лечения бактериального вагиноза, включающий элиминацию избытка облигатных анаэробов и восстановление и поддержание достаточного количества лактобактерий за счет использования пробиотиков⁵.

В рандомизированном плацебо-контролируемом исследовании у 37% женщин с бессимптомным вагинозом при пероральном использовании пробиотиков *L. rhamnosus* и *L. fermentum* отмечалось восстановление микрофлоры до нормальных значений по сравнению с плацебо⁶.

В другом рандомизированном многоцентровом плацебо-контролируемом исследовании на фоне приема пробиотиков *L. rhamnosus* и *L. reuteri* у 61,5% пациенток с вагинальной инфекцией через шесть недель терапии достоверно восстановилась вагинальная микрофлора по сравнению с пациентками группы плацебо. Через 12 недель терапии нормоценоз сохранялся у 51% женщин в группе пробиотиков и только у 20,8% в группе плацебо⁷.

² Sherrard J., Wilson J., Donders G., et al. 2018 European (IUSTI/WHO) International Union against sexually transmitted infections (IUSTI) World Health Organisation (WHO) guideline on the management of vaginal discharge. Int. J. STD AIDS. 2018; 29 (13): 1258–1272.

³ Marriott M.S., Brammer K.W., Faccini J., et al. Tioconazole, a new broad-spectrum antifungal agent: preclinical studies related to vaginal candidiasis. Gynakol. Rundsch. 1983; 23 (Suppl 1): 1–11.

⁴ Инструкция к медицинскому применению препарата Гайномакс – ЛП 000007 26.11.2015.

⁵ Клинические рекомендации Российского общества акушеров-гинекологов 2013–2019 гг.

⁶ Reid G., Charbonneau D., Erb J., et al. Oral use of Lactobacillus rhamnosus GR-1 and L. fermentum RC-14 significantly alters vaginal flora: randomized, placebo-controlled trial in 64 healthy women. FEMS Immunol. Med. Microbiol. 2003; 35 (2): 131–134.

⁷ Vujic G., Knez A.J., Stefanovic V.D., Vrbancovic V.K. Efficacy of orally applied probiotic capsules for bacterial vaginosis and other vaginal infections: a double-blind, randomized, placebo-controlled study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2013; 168 (1): 75–79.

На российском фармацевтическом рынке представлен мультипробиотик для восстановления нормальной микрофлоры кишечника и влагалища – Лактобаланс. Он содержит девять штаммов живых лиофилизированных бифидо- и лактобактерий, идентичных микрофлоре человека, обладающих высокой жизнеспособностью, устойчивых к воздействию желудочного сока, пищеварительных ферментов и желчных кислот. Данные штаммы характеризуются высокой способностью к адгезии

и колонизации на слизистой оболочке кишечника и влагалища, что создает оптимальные условия для роста нормальной микрофлоры. В заключение И.Г. Шестакова отметила, что симптомы вульвовагинального дискомфорта и выделения крайне неспецифичны, поэтому подход к ведению пациенток прежде всего должен включать дифференциальную диагностику. В первую очередь следует исключить вульвовагинальный кандидоз, бактериальный вагиноз, сме-

шанные вагиниты и ИППП. Редкие причины объясняют отсутствие эффекта от лечения. Определение pH влагалища – единственный наиболее важный первоначальный тест, на основании которого можно предположить диагноз. Микробиологический посев целесообразен при рецидивирующем вульвовагинальном кандидозе. Микроскопия мазка, тесты на ИППП и ПЦР в режиме реального времени позволяют подтвердить диагноз и выбрать оптимальную схему лечения.



Профессор, д.м.н.
А.В. Соловьева

Нарушения вагинального микробиома женщины. Комплексный подход к диагностике и терапии

По словам д.м.н., заведующей учебной частью, профессора кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО МИ РУДН Алины Викторовны СОЛОВЬЕВОЙ, в последние годы во всем мире отмечается рост нарушений биоценоза влагалища. Биоценоз влагалища – динамичная система, изменяющаяся под влиянием определенных факторов. Это, в частности, инфекции, возраст, беременность, курение. Кроме того, микробиота влагалища изменяется в разные возрастные периоды. Так, в детском возрасте отмечаются сниженный уровень эстрогенов и гликогена, «тонкий» влагалищный эпителий, сниженное содержание лактобактерий и высокий уровень pH. Репродуктивный возраст характеризуется высоким содержанием

эстрогенов и гликогена, «толстым» влагалищным эпителием, повышенным уровнем лактобактерий и сниженным pH влагалища. У женщин в постменопаузе снижается уровень эстрогенов и гликогена, лактобактерий, остаются «тонкий» травматичный эпителий и высокий уровень pH влагалища. Период менопаузы характеризуется частыми рецидивами нарушений биоценоза влагалища, обусловленными гипоэстрогемией⁸.

Не следует забывать, что микробиота влагалища тесно взаимодействует с флорой мочевыводящих путей и кишечника. Поэтому любые нарушения биоценоза кишечника, мочевыводящих путей могут влиять на состояние микробиоты влагалища⁹.

Вагинальная микрофлора здоровых беременных отличается от таковой небеременных и обеспечивает естественную защиту от инфекции и воспаления. На фоне беременности во влагалище увеличивается количество *L. vaginalis*, *L. crispatus*, *L. gasseri*, *L. jensenii*, уменьшается присутст-

вие 22 других флотипов бактерий. Возрастает объем выделений из влагалища, что способствует его естественному очищению от патогенной флоры¹⁰.

При бактериальном вагинозе основными возбудителями являются *G. vaginalis*, *A. vaginae*, *Megasphaera* spp. и другие облигатные анаэробы. При бактериальном вагинозе в мазке выявляются умеренное количество провоспалительных цитокинов, ключевые клетки (эпителиоциты). Количество лейкоцитов достигает 10–15 в поле зрения. Отсутствуют лактобактерии, или их количество незначительно. Изменяются показатели pH (> 4,5). Клинически бактериальный вагиноз проявляется серо-белыми скудными липкими выделениями, часто с запахом гнилой рыбы, иногда сопровождается зудом и жжением¹¹.

Второе место после бактериального вагиноза по частоте среди вульвовагинальных инфекций занимает вульвовагинальный кандидоз. По данным исследований, за последние десять лет

⁸ Huang B., Fettweis J.M., Brooks J.P., et al. The changing landscape of the vaginal microbiome. Clin. Lab. Med. 2014; 34 (4): 747–761.

⁹ Leyva-Gómez G., Del Prado-Audelo M.L., Ortega-Peña S., et al. Modifications in vaginal microbiota and their influence on drug release: challenges and opportunities. Pharmaceutics. 2019; 11 (5): 217.

¹⁰ Romero R., Hassan S.S., Gajer P., et al. The composition and stability of the vaginal microbiota of normal pregnant women is different from that of non-pregnant women. Microbiome. 2014; 2 (1): 4.

¹¹ Donders G.G. Definition and classification of abnormal vaginal flora. Best Pract. Res. Clin. Obstet. Gynaecol. 2007; 21 (3): 355–373.

Сателлитный симпозиум компании «Ацино»

распространенность вульвовагинального кандидоза, равно как и кандидоза других локализаций, увеличилась в два раза. Как правило, вульвовагинальный кандидоз – заболевание женщин репродуктивного возраста. Установлено, что у 75% женщин хотя бы однократно в течение жизни имел место вульвовагинальный кандидоз, у 40–50% – эпизоды рецидивов, у 5–8% – хроническое течение заболевания¹².

Причины увеличения заболеваемости вульвовагинальным кандидозом самые разнообразные: широкое применение антибиотиков в медицине и животноводстве, распространенность метаболического синдрома, ожирения, сахарного диабета среди женщин, использование гормональных контрацептивов, нарушение менструального цикла, беременность.

Частое проявление вульвовагинального кандидоза у беременных и женщин, принимающих КОК, можно объяснить тем, что эстрогены вызывают активный рост клеток эпителия. Как следствие, увеличение содержания гликогена, который служит источником питания для грибов рода *Candida*. Кроме того, лактобактерии расщепляют гликоген до молочной кислоты, что также является питательным субстратом для *Candida*. Как известно, у беременных высокий уровень эстрогенов. По данным зарубежных авторов, в первом и втором триместрах вульвова-

гинальный кандидоз встречается у 20% беременных, в третьем – у 30%¹³.

Проблема вульвовагинального кандидоза во время беременности приобретает особое значение в связи с риском развития серьезных осложнений течения беременности. При этом лекарственные средства должны быть не только эффективными, но и безопасными для плода и матери. На сегодняшний день топические азолы признаны первой линией лечения вульвовагинального кандидоза во время беременности.

В клинической практике как у беременных, так и небеременных часто встречаются смешанные инфекции, в частности бактериальный вагиноз и вульвовагинальный кандидоз.

Согласно международным рекомендациям (IUSTI, CDC) и рекомендациям Российского общества акушеров-гинекологов (2019), стандартом лечения бактериального вагиноза считается применение метронидазола (уровень доказательности 1А) в дозе 400–500 мг *per os* два раза в день в течение 5–7 дней или в виде интравагинального геля (0,75%) один раз в день в течение пяти дней¹⁴. В силу высокой распространенности сочетанной бактериальной и грибковой инфекции на первом этапе лечения бактериального вагиноза целесообразно использовать топические комбинированные препараты. Высокую эффективность у пациентов с бактериальным вагино-

зом демонстрирует комплексный препарат, содержащий 750 мг метронидазола и 200 мг миконазола (семидневный курс)¹⁴.

Высокая частота рецидивов бактериального вагиноза является основанием для поиска новых, более эффективных схем лечения. Как показали результаты исследования, ежемесячное лечение комбинацией 750 мг метронидазола и 200 мг миконазола (Нео-Пенотран Форте) интравагинально снижает частоту рецидивов бактериального вагиноза в течение 12 месяцев по сравнению с плацебо¹⁵.

Нерациональная антибактериальная терапия приводит к образованию биопленок, содержащих патогенные и условно-патогенные микроорганизмы, резистентные к ряду антибиотиков. Исследования последних лет подтверждают способность метронидазола разрушать пленки за счет образования в них отверстий¹⁶.

В состав препарата Нео-Пенотран Форте Л входит лидокаин, который при локальном применении начинает оказывать анестезирующий эффект в течение 1–5 минут. При вульвовагинитах, сопровождающихся зудом и дискомфортом, Нео-Пенотран Форте Л купирует боль, зуд, снимает отечность в первые минуты после введения¹⁷.

Таким образом, азолы облегчают симптомы, способствуют эрадикации возбудителей у большинства пациенток по завершении лечения.

¹² Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под ред. В.Н. Серова, Т.Г. Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского. М.: ГЭОТАР-медиа, 2016.

¹³ Gonçalves B., Ferreira C., Alves C.T., et al. Vulvovaginal candidiasis: Epidemiology, microbiology and risk factors. Crit. Rev. Microbiol. 2016; 42 (6): 905–927.

¹⁴ Российское общество акушеров-гинекологов. Клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин. 2-е изд. М., 2019.

¹⁵ McClelland R.S., Balkus J.E., Lee J., et al. Randomized Trial of periodic presumptive treatment with high-dose intravaginal metronidazole and miconazole to prevent vaginal infections in HIV-negative women. J. Infect. Dis. 2015; 211 (12): 1875–1882.

¹⁶ McMillan A., Dell M., Zellar M.Z., et al. Disruption of urogenital biofilms by lactobacilli. Colloids Surf. B. Biointerfaces. 2011; 86 (1): 58–64.

¹⁷ Weinberg L., Peake B., Tan C., Nikfarjam M. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of lignocaine: a review. World J. Anesthesiol. 2015; 4 (2): 17–29.

Профессор, д.м.н.
М.Б. Хамошина



По словам д.м.н., профессора кафедры акушерства, гинекологии и репродуктивной медицины ФНМО МИ РУДН Марины Борисовны ХАМОШИНОЙ, среди проблем, касающихся интимного здоровья, особое место занимают вопросы сексуальной дисфункции у женщин. Сексуальная функция – важная составляющая качества жизни современной женщины. К нарушениям сексуальной функции приводят сексологические проблемы, менопауза, ятрогения, вредные привычки, беременность и роды, коморбидность.

К женской сексуальной дисфункции относят расстройства сексуального влечения, сексуального возбуждения, оргазма и болевые сексуальные расстройства (вагинизм, диспареуния). Ведение пациенток с сексуальными расстройствами осуществляется сексологом совместно с гинекологом, эндокринологом, неврологом, терапевтом, психиатром (в зависимости от основного заболевания). Сексуальная дисфункция может проявиться как у молодых, так и у сексуально активных женщин в постменопаузе. Прежде всего причиной снижения сексуального влечения может быть вагинальная атрофия, в частности в периоде менопаузы, во время лактации, на фоне онкологических и эндокринных заболеваний, метаболического синдрома.

Важную роль в коррекции вагинальной атрофии и соответствен-

Сексуальная дисфункция и вульвовагинальная атрофия. Как и чем помочь женщине?

но улучшении сексуальной функции играют эстрогены, оспемифен, тестостерон, тиболон. Согласно рекомендациям Северо-Американского общества по менопаузе (NAMS), системная менопаузальная гормонотерапия (МГТ) и локальная терапия низкими дозами эстрогенов обеспечивают эффективное лечение вульвовагинальной атрофии и положительно влияют на сексуальную функцию. При необходимости применения системной МГТ и снижении либидо предпочтение следует отдавать трансдермальному пути введения эстрогенов¹⁸.

Что касается использования препаратов тестостерона при сексуальных расстройствах, эксперты Международного общества по изучению сексуального здоровья женщин напоминают, что терапия тестостероном не одобрена для использования у женщин большинством регулирующих органов, поэтому вопросы ее назначения и подбора дозы решает врач¹⁹.

Одним из заболеваний, приводящих к сексуальной дисфункции у женщин, является недостаточность генитальной реакции – неспособность достичь или поддерживать до завершения сексуальной активности адекватной lubricации как генитальной реакции сексуального возбуждения. У женщин возникает проблема сухости во влагалище при половом контакте. Это заболевание ассоциируется с диспареунией, гипоэстрогенными состояниями, менопаузой, рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей, вагинальными инфекциями. Кроме того, расстройство связывают с влиянием острого и хронического стресса, депрессией и партнерским фактором.

Сухость во влагалище далеко не всегда является симптомом генитоуринарного менопаузального синдрома (ГУМС). Она наблюдается у 3% женщин в репродуктивном возрасте. Сухость во влагалище может иметь место у здоровых женщин при стрессовых состояниях, во время лактации, после операций на матке и придатках, на фоне приема КОК и других лекарственных средств, а также на фоне метаболического синдрома и сахарного диабета. У женщин в возрасте старше 45 лет в менопаузе сухость, диспареуния, жжение и зуд во влагалище считаются следствием вульвовагинальной атрофии как компонента ГУМС, ассоциированного со снижением уровня эстрогенов и других половых стероидов.

Как известно, с возрастом, уже в начале периода менопаузального перехода, происходит старт старения всех структур, охватывающих понятие ГУМС. Ускорение старения характеризуется состоянием хронического, вялотекущего воспаления. Этот процесс обычно называют хроническим слабовыраженным системным воспалением (инфламейджинг). Отсутствие пролиферативной поддержки стероидов, прежде всего эстрогенов, приводит к развитию атрофических изменений слизистой оболочки влагалища. Когда дефицит эстрогенов становится хроническим, появляются такие симптомы, как постоянное ощущение сухости во влагалище, зуд или дизурия, значительно снижающие качество жизни женщин. Поэтому окно терапевтических возможностей МГТ – менопаузальный переход и ранняя постменопауза.

Одним из факторов риска развития вульвовагинальной атрофии

¹⁸ The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. Menopause. 2017; 24 (7): 728–753.

¹⁹ Parish S.J., Simon J.A., Davis S.R., et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the use of systemic testosterone for hypoactive sexual desire disorder in women. J. Sex. Med. 2021; 18 (5): 849–867.

Сателлитный симпозиум компании «Ацино»

являются редкие половые контакты. Между наличием половой жизни при длительности менопаузы свыше десяти лет и состоянием эпителия влагалища прослеживается положительная связь. Эксперты рекомендуют сохранять определенную периодичность половых контактов, чтобы предотвратить прогрессирование вульвовагинальной атрофии и развития диспареунии, связанной с сухостью влагалища.

Поддержка здоровья женщин в менопаузе включает различные аспекты, в том числе модификацию образа жизни (соблюдение здоровой диеты, регулярные физические упражнения, социальное общение и интеллектуальная активность), медикаментозную терапию (системная МГТ, локальные эстрогены, фитоэстрогены)²⁰.

Таким образом, в целях диагностики климактерических симптомов рекомендуется обращать внимание на наличие у пациентки таких жалоб и признаков, как урогенитальные и сексуальные – зуд, жжение, сухость во влагалище, диспареуния, дизурия. Лечение следует начинать как можно раньше, пока не произошли необратимые атрофические изменения. Принципы лечения у женщин с вульвовагинальной атрофией основаны на восстановлении физиологии урогенитального тракта и облегчении симптомов.

Профессиональные сообщества подчеркивают значимость обучения женщин в пери- и постменопаузе. Пациенток важно не только обследовать на наличие симптомов, но и информировать, на какие симптомы надо обращать внимание, чтобы вовремя сообщить о них врачу²¹.

В систематическом обзоре 2021 г. проанализированы доказательства эффективности образовательных программ сексуального консультирования для лечения сексуальной дисфункции у женщин в постменопаузе. Показано, что образовательные программы сексуального консультирования женщин среднего возраста положительно влияют на общий балл шкалы для оценки сексуальной функции. Образовательные программы следует рассматривать как первую линию коррекции женской сексуальной дисфункции²².

Профессор М.Б. Хамошина подчеркнула, что на основании клинического протокола Минздрава России и позиции международных сообществ сегодня МГТ остается главным инструментом предупреждения заболеваний и поддержания качества жизни у женщин в пери- и постменопаузе. Многочисленные данные клинических исследований и реальной практики свидетельствуют о положительных эффектах МГТ в отношении купирования климактерических симптомов, в том числе урогенитальной атрофии, диспареунии, повышения сексуальности, улучшении качества жизни женщин. Индивидуальный подход к каждой пациентке является приоритетным при выборе тактики лечения климактерических расстройств. Рекомендуется назначение МГТ женщинам в перименопаузе и постменопаузе для купирования симптомов ГУМС и сексуальной дисфункции²³.

По мнению экспертов NAMS, методы лечения женщин с вульвовагинальной атрофией первой линии включают негормональные смазки наряду с регулярной половой жизнью, при необходи-

мости – регулярное использование вагинальных увлажняющих кремов длительного действия. При умеренной/тяжелой атрофии терапия эстрогенами в низкой дозе перорально или вагинально остается терапевтическим стандартом.

Сексуальная дисфункция может сочетаться с недержанием мочи. Для уменьшения выраженности недержания мочи пациенткам постменопаузального возраста необходимо назначать вагинальную терапию эстриолом в виде лекарственных форм для местного применения при наличии симптомов вульвовагинальной атрофии. Кроме того, всем пациенткам с пролапсом тазовых органов и вульвовагинальной атрофией рекомендованы локальные формы эстрогенов для улучшения трофики и кровообращения, повышения репаративно-регенеративных свойств слизистой оболочки влагалища.

Итак, современные клинические рекомендации по ведению пациенток в менопаузе предусматривают комплексный подход к ликвидации симптомов сексуальной дисфункции. Целесообразно использовать негормональные лубриканты, вести регулярную половую жизнь, а также применять увлажнители пролонгированного действия для купирования симптомов ГУМС.

Профессор М.Б. Хамошина представила случай из реальной клинической практики.

Пациентка 63 лет обратилась за медицинской помощью по поводу сильного зуда и жжения, слизистогнойных выделений из влагалища. Ранее отмечались сухость слизистой оболочки влагалища,

²⁰ Baber R.J., Panay N., Fenton A., et al. 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy. *Climacteric*. 2016; 19 (2): 109–150.

²¹ The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020; 27 (9): 976–992.

²² Silva I.M.S., Pinto M.P., Gonçalves D. Educational programs and sexual counselling for postmenopausal sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *J. Sex. Med.* 2022; 19 (1): 54–63.

²³ Клинические рекомендации «Менопауза и климактерическое состояние у женщин». М., 2021.

частые обострения цистита. Пациентке беспокоили утомляемость, снижение памяти, концентрации внимания, бессонница. Пациентка фактически не живет половой жизнью, симптомы появились после попытки сексуального контакта с супругом после периода длительного воздержания. Менопауза наступила в 51 год, беспокоили нечастые приливы, периодически принимала Эстровэл, Климадинон с эффектом. При специальном гинекологическом обследовании у пациентки выявлены симптомы воспаления слизистой оболочки влагалища на фоне вульвовагинальной атрофии, эктоцервикс гиперемирован, во влагалище скудные слизисто-гнойные бели. По данным ультразвукового исследования, область придатков и органов малого таза без особенностей. Вагинит подтвержден микроскопически.

Пациентке установлен диагноз: постменопаузальный атрофический вагинит, острый вагинит, диспареуния.

При выраженной вульвовагинальной атрофии назначают препараты, обладающие широким антимикробным, антимикотическим и противовоспалительным спектром действия. Препарат Нео-Пенотран Л представляет собой комбинацию миконазола с противогрибковым эффектом, метронидазола с антибактериальным и антитрихомонадным действием, а также лидокаина, обеспечивающего местный анестезирующий эффект. Применение пациенткой интравагинально препарата Нео-Пенотран Л в форме суппозитория способствовало быстрому купированию симптомов вульвовагинальной атрофии, включая зуд и жжение во влагалище. Кроме того, после купирования симптомов острого вагинита пациентке рекомендовали интравагинальное использование эстриола 0,5 мг (Эстрокад) и лубриканта (Монтавит гель). В состав препарата Эстрокад в форме суппозитори-

ев входят эстриол и витепсол. Витепсол увлажняет слизистую оболочку влагалища, способствует восстановлению структуры слизистой оболочки влагалища и мочевого пузыря, повышает тонус гладкой мускулатуры влагалища, уретры, мышц тазового дна.

Лечение ГУМС, диспареунии, обусловленной возрастной атрофией слизистой оболочки влагалища, должно быть длительным. Местная терапия эстриолом при сексуальной дисфункции, ассоциированной с недостаточностью генитальной реакции, продолжается в течение шести месяцев – одного года, далее длительность терапии определяется индивидуально.

Подводя итог, профессор М.Б. Хамошина подчеркнула, что лечение симптомов ГУМС и сексуальной дисфункции у женщин представляет собой сложную, длительную и трудоемкую задачу и требует от врача искусства художника и умений реставратора.



К.м.н.
А.Р. Хачатурян

В продолжение темы интимного здоровья женщины к.м.н., старший научный сотрудник отдела гинекологии и эндокринологии ФГБНУ «Научно-исследовательский институт акушерства, гинекологии и репродуктологии им. Д.О. Отта», доцент кафедры акушерства, гинекологии и репродуктологии Санкт-Петербургского государственного университета Арминэ Робертовна ХАЧАТУРЯН отметила, что современная стра-

Диагностические и лечебные алгоритмы при заболеваниях шейки матки с позиций профилактики рака. Что нового?

тегия по ускорению элиминации рака шейки матки, разработанная ВОЗ, направлена на снижение показателя заболеваемости – менее четырех случаев на 100 тыс. женщин к 2030 г. Для реализации данной стратегии необходимо, чтобы 90% девочек в возрасте до 15 лет проходили полный цикл иммунизации вакциной против вируса папилломы человека (ВПЧ), 70% женщин в возрасте до 35 лет однократно должны пройти скрининг, затем повторно в 45 лет. При этом 90% женщин с выявленными в результате скрининга заболеваниями шейки матки должны получить лечение.

На сегодняшний день в нашей стране зарегистрирована четырех-

валентная вакцина против ВПЧ (Гардасил), которая имеет профилактическую эффективность в отношении предраковых поражений и рака шейки матки, вульвы, влагалища и предупреждает развитие поражения анального канала и возникновение аногенитальных кондилом. Ее можно применять у лиц в возрасте 9–45 лет.

В соответствии с федеральными клиническими рекомендациями по вакцинопрофилактике заболеваний, вызванных ВПЧ, стандартная схема у женщин в возрасте 14–45 лет включает три дозы вакцины: 0–2–6 месяцев, альтернативная схема: девочки и мальчики 9–13 лет – две дозы (0–6 месяцев)²⁴.

²⁴ Вакцинопрофилактика заболеваний, вызванных ВПЧ. Федеральные клинические рекомендации. Минздрав России, Союз педиатров России. М.: Педиатр, 2016.

Сателлитный симпозиум компании «Ацино»

Следующая цель, которую необходимо достигнуть на пути реализации глобальной стратегии по снижению заболеваемости раком шейки матки, – эффективный скрининг. Цитологическое исследование демонстрирует высокую специфичность для нормы (90–96%), но низкую чувствительность для интраэпителиальных неоплазий умеренной и тяжелой степени. И самое главное: тест не отвечает основному требованию цервикального скрининга – стандартизации метода и сведению к минимуму субъективизма в интерпретации результатов исследования²⁵.

Повышению чувствительности цитологического исследования способствуют:

- ✓ регулярность обследования (многократное повторное тестирование);
- ✓ стандартизация методики и внедрение единой классификационной системы результатов цитологического исследования;
- ✓ внедрение жидкостной цитологии с автоматизированной системой оценки результатов;
- ✓ сочетание с ВПЧ-тестированием;
- ✓ внедрение иммуноцитохимических методов (обнаружение белков E6/E7, ко-экспрессия онкопротеина p16ink4-альфа и маркера клеточной пролиферации Ki67) и других способов прогнозирования.

Существует несколько цитологических классификационных систем. В нашей стране широкое распространение получила классификационная система Бетесда. В соответствии с данной классификацией, заключение NILM обозначает «цитограмма без особенностей» – отсутствие внутриклеточного поражения или злокачественности, тогда как LSIL – интраэпителиальные поражения плоского эпителия низкой степени, HSIL – плоскоклеточное интраэпителиальное

поражение высокой степени. В международной морфологической классификации опухолей женских половых органов последнего пересмотра заключение HSIL по-прежнему рассматривается как облигатный предрак.

Следующий скрининговый тест, который сейчас широко внедряется, – ВПЧ-тест. В современных реалиях важным условием является возможность не только качественно определить наличие или отсутствие вируса, но и типировать его. Считается, что ВПЧ-тест должен выявлять не менее 13 типов ВПЧ высокого канцерогенного риска (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68). Сегодня в нашей стране успешно внедряется КВАНТ-21 – исследование, которое проводится методом ПЦР в режиме реального времени и позволяет выявить 21 тип ВПЧ низкого (6, 11, 44) и высокого онкогенного риска (16, 18, 26, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 53, 56, 58, 59, 66, 68, 73, 82).

Докладчик охарактеризовала этапы обследования в рамках скрининга в целях раннего выявления и профилактики рака шейки матки:

- ✓ обнаружение и типирование ВПЧ высокого канцерогенного риска;
- ✓ выявление и лечение других ИППП (обследование и лечение половых партнеров по показаниям);
- ✓ выявление и лечение рецидивирующего бактериального вагиноза;
- ✓ диагностика и лечение вульвовагинальной атрофии;
- ✓ онкоцитологическое исследование;
- ✓ кольпоскопия и биопсия (по показаниям).

В 2012 г. Международное агентство по исследованию в области рака сообщило, что рецидивирующий бактериальный вагиноз является самостоятельным фактором риска персистенции

ВПЧ и прогрессирования папилломавирусной инфекции до интраэпителиальной неоплазии. С тех пор было опубликовано множество статей и обзоров, посвященных изучению микробиоты влагалища и сопоставлению риска прогрессирования папилломавирусной инфекции у пациенток с аномальными результатами цитологического скрининга.

Российские клинические рекомендации по диагностике и лечению заболеваний, сопровождающихся патологическими выделениями из половых путей женщин, подтверждают, что на первом этапе лечения бактериального вагиноза могут использоваться топические комбинированные препараты, содержащие метронидазол и миконазол. Длительность лечения составляет семь дней¹⁴. Доказана эффективность комбинированных препаратов для лечения нарушений вагинального микробиома женщины. Препарат Гайномакс в форме вагинальных суппозиторий представляет собой комбинацию тиоконазола, тинидазола и витепсола. Он показан для лечения вагинального кандидоза, трихомонадного вульвовагинита, бактериального вагиноза, неспецифического вагинита и смешанных инфекций. Оптимальное сочетание действующих веществ делает возможным излечение женщин за три дня. Важно, что тиоконазол в составе препарата Гайномакс активен не только в отношении грибов рода *Candida*, но также *G. vaginalis* и грамположительных бактерий.

Важным этапом скрининга считается цитологическое исследование. Кроме того, необходимо выбрать тех, кто подлежит кольпоскопическому исследованию. Показаниями к кольпоскопии являются видимые невооружен-

²⁵ Koliopoulos G., Nyaga V.N., Santesso N., et al. Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. Cochrane Database Syst. Rev. 2017; 8 (8): CD008587.

ным глазом подозрительные изменения на шейке матки (вульве и влагалище), цитологические изменения, обнаружение ВПЧ 16/18 типов, наблюдение после хирургических методов лечения (при цитологическом тесте \geq ASCUS и ВПЧ (+)). В задачи кольпоскопии входят обнаружение патологических изменений вульвы, влагалища, шейки матки, определение показаний, метода биопсии и ее выполнение с целью верификации диагноза, а также выбор метода лечения.

Современные клинические рекомендации подробно описывают алгоритмы ведения пациенток разных возрастных групп. Скрининг для выявления рака шейки матки проводится у пациенток в возрасте 21–29 лет с применением цитологии/жидкостной цитологии один раз в три года, в возрасте 30–65 лет – с применением ко-тестирования (цитология (с окраской по Папаниколау)/жидкостная цитология и ВПЧ-тестирование) один раз в пять лет. Это касается здоровых пациенток без гинекологических заболеваний. Женщинам с выявленным ВПЧ и аномальными результатами цитологического теста проводится немедленная кольпоскопия. Пациенткам с аномальными результатами цитологического теста, но без ВПЧ или с ВПЧ, но нормальными результатами цитологического скрининга рекомендовано прохождение скрининга через год или через три года соответственно²⁶.

Для цервикального скрининга у женщин в возрасте 30–65 лет целесообразно использовать иммуноцитохимический тест, поскольку он позволяет выявить начавшееся предраковое или злокачественное перерождение клеток и дифференцировать интраэпителиальные поражения.

Современный алгоритм лечения продуктивной формы папилломавирусной инфекции включает применение иммуномодулирующей терапии совместно с хирургическим методом лечения. Наблюдение пациенток после лечения HSIL подразумевает проведение ко-тестирования через три месяца, далее каждые шесть месяцев в течение двух лет, затем ежегодно в течение 20 лет. Повторное лечение только на основании повторного позитивного ВПЧ-теста не проводится

Итак, если у женщин в возрасте до 25 лет в биоптате выявлены интраэпителиальные поражения низкой степени (LSIL), а также если по результатам первичного цитологического исследования обнаружены ASC-US, LSIL и/или ВПЧ высокого канцерогенного риска, наблюдение проводится с цитологическим контролем (один раз в шесть месяцев) и ВПЧ-тестированием (один раз в 12 месяцев) в течение 18–24 месяцев. Впоследствии в отсутствие аномальных цитологических тестов пациенткам можно предложить рутинный скрининг (ко-тестирование) каждые три года.

В то же время при обнаружении LSIL в биоптате у пациенток старше 40 лет или расхождении в результатах первичного цитологического и гистологического исследования предлагается выполнение эксцизии зоны трансформации с целью верификации диагноза. Затем проводятся цитологическое исследование и ВПЧ-тест каждые шесть месяцев в течение 18–24 месяцев. При положительных результатах любого теста проводят кольпоскопию. При выявлении в биоптате интраэпителиального поражения высокой степени (HSIL) пациентки направляются на консультацию к онкогинекологу. Им проводится эксцизия с гистологическим ис-

следованием. У женщин в возрасте до 25 лет при HSIL и иммуногистохимическом p16-негативном тесте допустимо динамическое наблюдение с ко-тестированием каждые шесть месяцев в течение 24 месяцев. При сохранении степени тяжести поражения шейки матки и p16-положительном тесте пациенткам показана петлевая эксцизия зоны трансформации глубиной от 7 мм или конизация²⁷.

Современный алгоритм лечения продуктивной формы папилломавирусной инфекции включает применение иммуномодулирующей терапии совместно с хирургическим методом лечения. Наблюдение пациенток после лечения HSIL подразумевает проведение ко-тестирования через три месяца, далее каждые шесть месяцев в течение двух лет, затем ежегодно в течение 20 лет. Повторное лечение только на основании повторного позитивного ВПЧ-теста не проводится.

Завершая выступление, А.Р. Хачатурян отметила, что эффективная профилактика рака шейки матки основана на ранней диагностике и лечении предраковых патологических процессов в шейке матки, а также своевременном выявлении факторов риска развития этого злокачественного новообразования.

²⁶ Клинические рекомендации «Цервикальная интраэпителиальная неоплазия, эрозия и эктропион шейки матки». Российское общество акушеров-гинекологов, Общероссийская общественная организация «Российское общество специалистов по профилактике и лечению опухолей репродуктивной системы», 2020.

²⁷ Santana B.N., Baro R.S., Orozco R., Arranz J.P. Cervical vaporization in LSIL and persistent HPV infection. Taiwan. J. Obstet. Gynecol. 2018; 57 (4): 475–478.